

Marca da
Bollo
in vigore

Al Comitato Consultivo Zonale Specialistica Ambulatoriale
c/o Azienda Sanitaria Locale Avezzano-Sulmona-L'Aquila
Via Saragat, Loc. Campo di Pile
67100 L'AQUILA

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA

MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI/VETERINARI/BIOLOGI/CHIMICI/PSICOLOGI

(art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) ambulatoriali)

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa.....,

nato/a.....(Prov.....)

il.....

Codice Fiscale.....

Comune di residenza.....(Prov.....)

Via/Piazza.....n°.....Cap..... telefono.....

Cell. e.mail@.....

Posta Elettronica Certificata@.....

Chiede di essere incluso/a nella graduatoria

- secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, medici veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni -

- di _____ **per i medici specialisti ed odontoiatri**
- di _____ **per i medici veterinari**
- di _____ **per i biologi**
- di _____ **per i chimici**
- di _____ **per gli psicologi (disciplina di psicologia e psicoterapia)**

a valere per **l'anno 2022**, relativa alla **Provincia di L'Aquila** nel cui ambito intende ottenere eventuale incarico ambulatoriale.

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) autocertificazione informativa
- b) n _____ documenti relativi ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini della graduatoria predetta e specificati nel prospetto interno.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sottoindicato:
c/o _____ Comune _____ Provincia _____ indirizzo _____
n° _____, cap. _____

Data _____

Firma per esteso _____

Avvertenze importanti

- Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre dati certi di riferimento rispetto a quanto dichiarato dall'aspirante.

- La domanda, **in regola con l'imposta di bollo**, deve essere spedita esclusivamente a mezzo Posta Elettronica Certificata all'indirizzo: **protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it**
entro e non oltre il 31 gennaio 2021

la domanda deve essere sottoscritta, siglata in ogni pagina ed accompagnata **A PENA DI ESCLUSIONE da fotocopia semplice, firmata e datata, di un valido documento di identità del sottoscrittore**

- Alla scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria, pena la nullità della domanda stessa e di ogni altro provvedimento conseguente, l'aspirante deve possedere i seguenti **requisiti**:

a) essere iscritto all'albo professionale;

a1) possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica corrispondente;

b) possedere il titolo per l'inclusione nelle graduatorie delle branche principali della specialità medica, veterinaria o della categoria professionale interessata, previste negli allegati A e A bis.

Il titolo è rappresentato dal diploma di specializzazione in una delle branche principali della specialità. Per la branca di odontostomatologia è titolo valido per l'inclusione in graduatoria anche l'iscrizione all'albo professionale degli odontoiatri di cui alla legge n. 409/85.

Il titolo di specializzazione in psicoterapia riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 della legge 18/2/1989 n. 56, come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, deve intendersi valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.

La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio.

Come attività professionali sono valutabili esclusivamente le attività prestate ai sensi dell'A.C.N. della Medicina Specialistica ambulatoriale ed altre professionalità.

Ai fini della graduatoria sono valutabili i titoli professionali conseguiti fino al 31/12/2020.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, la informiamo che:

- il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato esclusivamente all'espletamento da parte di questo Comitato Zonale della formazione delle graduatorie provinciali dei medici specialisti ambulatoriali/veterinari/professionisti valide per l'anno 2015;

- Il trattamento viene effettuato avvalendosi anche di mezzi informatici;

- Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria.

- I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione;

- L'art. 7 del citato D.Lgs. Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;

- Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda sede del Comitato nella persona del Direttore Generale.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____, nato a _____ (prov. _____) il _____, M ___ F ___ Codice Fiscale _____
Comune di residenza _____ (prov. _____)
Indirizzo Via _____ n. _____ Cap. _____ telefono _____
_____ cell. _____ e-mail _____
Recapito professionale nel Comune di _____ (Prov. _____)
Via _____ n. _____ Cap. _____ telefono _____

Dichiara, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n° 445/2000:

1 - di possedere il diploma di Laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in _____ (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o medicina veterinaria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto ____/110 (DL) ____/100 (LS)
lode si ___ no ___ * conseguito/a presso l'Università di _____ in data ____/____/____

2 - di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico chirurgo o odontoiatra, o medico veterinario, o biologo, o chimico o psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____

3 - di essere iscritto all'Albo Professionale _____ (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei veterinari, o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi) presso l'Ordine provinciale / regionale di _____ dal _____

4 - di essere in possesso delle seguenti specializzazioni :

in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto ____
in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto ____
in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto ____
in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto ____

lode si ___ no ___ * (*barrare obbligatoriamente una delle due)

5 - di avere / non avere (1) subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi.

Di essere / non essere (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine _____

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

6 - di essere nella seguente posizione:

a) avere / non avere (1) un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale

b) svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale convenzionato

c) essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta

d) esercitare / non esercitare (1) la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale

e) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il SSN (in caso affermativo, indicare l'Azienda _____)

e) svolgere / non svolgere (1) attività fiscali per conto di Aziende (in caso affermativo indicare l'Azienda _____)

f) essere / non essere titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni

g) essere / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni

h) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le Aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della legge n. 833/78 e dell'art. 8 ter del D. L.vo n. 229/99

l) essere / non essere (1) titolare di incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del D.P.R. 292/87 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni

m) percepire / non percepire (1) indennità di rischio in base ad altro rapporto lavorativo (in caso di risposta affermativa indicare il tipo di attività svolta _____ e la misura dell'indennità percepita _____)
 (1) barrare la voce che non interessa

7 - di avere svolto la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio, incaricato a tempo determinato, **ai sensi dell'A.C.N. per la Medicina Specialistica ambulatoriale** (vedi anche le avvertenze importanti riportate in grassetto):

tipo incarico	presso (indicare ente)	(PR)*	ore sett.	dal	al	ore totali
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

* sigla provincia

Totale anno 2020 _____	Provincia _____	Totale fino al 2019 _____	Provincia _____
Totale anno 2020 _____	Provincia _____	Totale fino la 2019 _____	Provincia _____
Totale anno 2020 _____	Provincia _____	Totale fino al 2019 _____	Provincia _____
Totale anno 2020 _____	Provincia _____	Totale fino al 2019 _____	Provincia _____
Totale anno 2020 _____	Provincia _____	Totale fino al 2019 _____	Provincia _____

Se negli anni precedenti sono già stati valutati tutti i titoli, si prega di indicare solo l'attività svolta nel 2020. **Se lo spazio fosse insufficiente utilizzare un foglio aggiuntivo con la stessa tipologia di dati e le stesse caratteristiche formali della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.** Si prega di non allegare **curricula** e/o documentazione riguardante **corsi d'aggiornamento** o attività di **lavoro dipendente, Avvisi Pubblici, Co.Co.Co., a progetto, e altre tipologie di contratto non comprese nell'ACN della Medicina Specialistica, nonché attività presso strutture private o per altro tipo di convenzioni (Medicina Generale)** in quanto **non sono valutabili** e hanno il solo risultato di appesantire inutilmente l'esame delle domande.

NOTE (eventuali precisazioni utili ai fini della graduatoria che non abbiano trovato spazio sopra)

.....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30/6/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento di pubblicazione delle graduatorie e della loro utilizzazione per eventuali incarichi.

Data ____/____/____ Firma per esteso _____